

Вакуленко Людмила Василівна

*здобувач кафедри права і законотворчого процесу
ОРІДУ НАДУ при Президентові України*

Марусич Віктор Антонович

*здобувач кафедри права і законотворчого процесу
ОРІДУ НАДУ при Президентові України*

ВНУТРІШНІЙ І ЗОВНІШНІЙ КОНТРОЛЬ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Стаття розглядає стан внутрішнього і зовнішнього контролю у сфері охорони здоров'я. Контроль відіграє значну роль в здійсненні якості медичної допомоги і додержання законодавства медичним закладами та медичними працівниками в їх практичній діяльності. Стаття описує організаційно-правовий механізм контролю професійної діяльності в галузі охорони здоров'я і стандартів медичного обслуговування.

Ключові слова: *внутрішній контроль, зовнішній контроль, охорона здоров'я, медична допомога, правопорушення, органи виконавчої влади.*

Vakulenko Lyudmila

Marusich Viktor

INTERNAL AND EXTERNAL CONTROL IN THE SPHERE OF HEALTH PROTECTION

The Article examines consisting of internal and external control of sphere of health protection. Control plays a considerable role feasible qualities of medicare and inhibition of legislation medical establishments and medical workers in their practical activity. The article describes the organizaciyno-pravoviy mechanism of control of professional activity in industry of health protection and standards of medical service.

Keywords: internal control, external control, health protection, medicare, offence, organs of executive power.

Вакуленко Людмила Васильевна,

Марусич Виктор Антонович

ВНУТРЕННИЙ И ВНЕШНИЙ КОНТРОЛЬ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Статья рассматривает состояние внутреннего и внешнего контроля в сфере здравоохранения. Контроль играет значительную роль в осуществлении качества медицинской помощи и соблюдения законодательства медицинскими заведениями и медицинскими работниками в их практической деятельности. Статья описывает организационно-правовой механизм контроля профессиональной деятельности в сфере здравоохранения и стандартов медицинского обслуживания.

***Ключевые слова:** внутренний контроль, внешний контроль, здравоохранение, медицинская помощь, правонарушение, органы исполнительной власти.*

Постановка проблеми. Держава визначає і формує політику охорони здоров'я в Україні та забезпечує її реалізацію, гарантує громадянам право на охорону здоров'я, а також забезпечення захисту цього права. Проведення державної політики у сфері охорони здоров'я дозволяє істотно поліпшити ситуацію, яка склалася на сьогодні у галузі, і в першу чергу це стосується необхідності підвищення контролю у сфері охорони здоров'я.

Аналіз наукової літератури свідчить, що досягнення високої якості медичної допомоги не є можливим без принципових змін системи організації контролю охороною здоров'я на засадах сучасного державного управління. Забезпечення населення якісною медичною допомогою, таким чином, виходить за межі галузі суто охорони здоров'я і вимагає міжгалузевого підходу в його державному управлінні і реформуванні. В умовах переходу держави до

ринкової трансформації суспільства особливого значення набуває контроль в захисті інтересів пацієнтів для виключення можливостей зловживання з боку несумлінних суб'єктів, що їх надають.

Системний аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури дозволяє стверджувати, що вплив професійних правопорушень на якість надання медичної допомоги залишається маловивченим, також щодо підвищення контролю за професійними правопорушеннями.

В умовах побудови в Україні правової держави, проблеми контролю при наданні медичної допомоги є питаннями не тільки суто юридичної практики, але й державно-управлінської. Останнє підтверджується і тим, що держава, через спеціально уповноважені органи виконавчої влади, зобов'язується здійснювати контроль та нагляд за додержанням законодавства про охорону здоров'я, державних стандартів, нормативів професійної діяльності в галузі охорони здоров'я, стандартів медичного обслуговування тощо.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Дослідження даної проблематики в галузі державного управління відображено в працях В. Я. Малиновського, В. І. Аكوпова, Е. Н. Маслова, С. О. Козуліної, В. В. Андрєєва, Н. Р. Нижник, Л. С. Богданової, А. Л. Косвої та інших. Втім сама проблема контролю у сфері охорони здоров'я потребує свого подальшого дослідження.

Мета. Метою даної статті є висвітлення системи і організації внутрішньовідомчого та зовнішнього контролю у сфері охорони здоров'я.

Виклад основного матеріалу з обґрунтуванням отримання наукових результатів дослідження. Існуюча система внутрішньовідомчого контролю у сфері надання медичної допомоги передбачає здійснення такого контролю головними лікарями, їх заступниками, завідувачами відділеннями медичних закладів, лікарсько-консультативними комісіями при ЛПЗ, управліннях охорони здоров'я обласних та міських держадміністрацій, а також їх посадовими особами, тобто вони і є суб'єктами відомчого контролю за якістю медичної допомоги та правопорушеннями у системі охорони здоров'я.

Об'єктами внутрішньовідомчого контролю є ЛПЗ, їх керівники та окремі медичні працівники, їх професійні якості, кваліфікація, стан законності у медичних закладах, дисципліна, якість наданої лікувально-діагностичної допомоги, права пацієнтів тощо.

Зміст внутрішньовідомчого контролю за якістю медичної допомоги та медичними правопорушеннями полягає в перевірці діяльності конкретного амбулаторно-поліклінічного або лікувально-профілактичного закладу; отриманні та перевірці звітів; аналізі і розгляді медичної документації (амбулаторної картки чи історії хвороби, витягу із історії хвороби, результатів науково-практичних досліджень, звітів, лабораторно-діагностичних аналізів та висновків тощо), актів патологоанатомічних і судово-медичних розтинів, матеріалів службової перевірки стосовно дефектів надання медичної допомоги, які призвели до несприятливих результатів лікувально-діагностичного процесу; визначенні дотримання працівниками, що надавали меддопомогу, діючих стандартів медичних технологій та інших нормативних актів; розгляд скарг пацієнтів або їх родини.

Контроль, як фаза управлінського процесу, безпосередньо пов'язаний з прийняттям та реалізацією управлінського рішення¹ і до контрольних та наглядових функцій органів охорони здоров'я (їх посадових осіб) відносяться:

- прийняття рішень щодо притягнення винних у неналежному виконанні професійних обов'язків до дисциплінарної відповідальності або, при виявленні грубих дефектів надання лікувально-діагностичної допомоги, що значно вплинули на негативні наслідки для життя чи здоров'я пацієнта, передавання матеріалів відомчої (службової) перевірки правоохоронним органам;
- профілактика правопорушень у системі охорони здоров'я України та здійснення інших заходів стосовно покращення якості медичної допомоги.

¹ Державне управління в Україні: наукові, правові, кадрові та організаційні засади: Навч. посібник / За заг. ред. Н.Р. Нижник, В.М. Олуйка. - Львів: Вид-во Нац. ун-ту "Львівська політехніка", 2002. - 352 с.

За етапами проведення контролю щодо часового його здійснення у процесі державного управління розрізняють попередній або превентивний, поточний або оперативний та підсумковий контроль. Внутрішньовідомчий контроль за якістю медичної допомоги та правопорушеннями у сфері охорони здоров'я може бути усіх передбачених видів.

Попередній контроль полягає в попередженні та профілактиці можливих професійних правопорушень. Це контроль на вході, який починається до початку роботи органів та закладів охорони здоров'я і його зміст полягає у визначенні внутрішнього розпорядку роботи установи; розробці штатного розкладу, медичних технологій та стандартів лікувально-діагностичного процесу, посадових обов'язків; інших правил, процедур, ліній поведінки, що спрямовані на забезпечення ефективного добору людських, матеріальних і фінансових ресурсів і необхідні для нормального функціонування організації у процесі досягнення цілей.

Поточний контроль відбувається безпосередньо у роботі й передбачає регулювання поведінки підлеглих, обговорення проблем, що виникають при наданні медичної допомоги, аналіз висновків патологоанатомічних і судово-медичних розтинів, якості ведення офіційної медичної документації, виявлення дефектів лікувально-діагностичного процесу та інших відхилень від медичних технологій, стандартів надання медичної допомоги, інструкцій тощо. Цей вид контролю передбачає розбір несприятливих результатів лікувально-діагностичної роботи на засіданнях колективу, патологоанатомічних та лікарських конференціях, колегіях, медрадах, апаратних та інших нарадах.

Так, основною метою поточного контролю є регулювання та корегування відхилень, які виникають у процесі управління, з'ясуванні стану законності й дисципліни в конкретній установі системи охорони здоров'я, оцінка дій посадових осіб, керівників та персоналу ЛПЗ, включаючи розбір правопорушень та прийняття рішень про дисциплінарні стягнення. Тобто зворотний зв'язок його полягає в отриманні інформації і є поштовхом до наступних дій з метою забезпечення більш якісної медичної допомоги та зниження рівня правопорушень.

Підсумковий контроль повинен включати: проведення службового розслідування щодо недоліків лікувально-діагностичної допомоги, виявлення грубих дефектів її надання, інформування правоохоронних органів в необхідних випадках, моніторинг несприятливих наслідків лікувально-діагностичного процесу, вивчення постанов (вироків) правоохоронних органів щодо відповідальності медичних працівників з метою усунення можливих дефектів надання медичної допомоги у майбутньому. Але необхідно відзначити, що цей вид контролю здійснюється з інтервалом (іноді великим) між наданням медичної допомоги і її несприятливими наслідками, в результаті чого доводиться лише констатувати ситуацію, що фактично вже склалася після виконання рішення, тобто з певним запізненням.

Усі види внутрішньовідомчого контролю повинні передбачати розробку та здійснення заходів щодо профілактики правопорушень і підвищення якості медичної допомоги.

Організація існуючої системи внутрішньовідомчого контролю за якістю медичної допомоги та професійними правопорушеннями передбачає, що з метою досконалого контролю за правильністю діагностики, а також повнотою і відповідністю вибраних методів лікування всі трупи померлих хворих у ЛПЗ та раптово померлих вдома з неясним генезисом смерті хворих віком до 50 років амбулаторної мережі (при обов'язковому виключенні насильницької смерті, тобто виявленні тілесних ушкоджень у результаті бійки, катастрофи, замаху на вбивство, нещасного випадку тощо, коли призначається судово-медична експертиза, у тому разі для з'ясування головної причини смерті – спричинення тілесних ушкоджень або неналежне надання медичної допомоги) підлягають патологоанатомічному розтину та клініко-анатомічному аналізу.

Патологоанатомічне дослідження померлих проводяться патологоанатомічним бюро чи патологоанатомічними відділеннями. У відповідності до завдань дослідження виникає необхідність розглянути основні функції цих установ охорони здоров'я та поняття клініко-анатомічного аналізу.

Патологоанатомічні бюро – заклади охорони здоров'я, які створюються в області, місті на базі існуючих централізованих патологоанатомічних відділень, що мають кваліфіковані кадри та необхідну матеріальну базу і підпорядковуються відповідному органу охорони здоров'я та знаходяться на його бюджеті. Основна діяльність патологоанатомічного бюро спрямовується на подальше удосконалення лікувально-профілактичної допомоги населенню шляхом покращення прижиттєвої діагностики захворювань, уточнення причин смерті, забезпечення достовірності даних державної статистики причин смерті, підвищення кваліфікації лікарів та здійснення аналізу недоліків діагностики та лікування.

Серед основних функцій патологоанатомічного бюро найголовнішими є:

- уточнення діагностики захворювань на секційному, операційному матеріалах шляхом проведення макро- та мікроскопічного, а при необхідності – бактеріологічного, вірусологічного, серологічного досліджень;
- встановлення причин та механізмів смерті хворого;
- аналіз якості діагностичної та лікувальної роботи разом з лікарями шляхом співставлення клінічних та патологоанатомічних даних та діагнозів з обов'язковим обговоренням результатів у лікарських колективах лікарень, а також у відповідних органах охорони здоров'я;
- підготовка та проведення клініко-патологоанатомічних конференцій у ЛПЗ.

Патологоанатомічні відділення (централізовані Патологоанатомічні відділення) є структурним підрозділом ЛПЗ, що створюється у складі багатопрофільних та спеціалізованих лікарень та диспансерів.

До основних завдань патологоанатомічного відділення (централізованого патологоанатомічного відділення) відносяться:

- встановлення причин та механізмів смерті хворого;
- спільне обговорення з лікуючими лікарями результатів розтинів та гістологічних досліджень;
- постійна консультативна допомога лікарям з питань гістології;

- аналіз якості діагностичної та лікувальної роботи спільно з лікуючими лікарями шляхом співставлення клінічних та патологоанатомічних даних;
- узагальнення та аналіз матеріалу патологоанатомічного відділення з обов'язковим обговоренням результатів у лікарських колективах прикріплених лікарень (диспансерів), а також у відповідних органах охорони здоров'я.

Клініко-анатомічний аналіз є методом пізнання обставин виникнення захворювань, особливостей їх перебігу, а також безпосередніх причин та механізмів настання смерті. Головною методологічною умовою проведення клініко-анатомічного аналізу є дотримання принципів єдності морфологічних та функціональних змін. На основі вивчення клінічних відповідностей про скарги хворого, характер симптомів, що мали місце при його житті, клініко-лабораторних та інших даних в їх співставленні з патологоанатомічними змінами, патологоанатом виявляє ступінь відповідності клінічних проявів хвороби їх морфологічним та функціональним змінам.

Результати клініко-анатомічного аналізу, що проводиться разом патологоанатомом і клініцистом, знаходять своє відображення в клініко-патологоанатомічному епікрізі, акті лікувально-контрольної комісії по вивченню смертельних наслідків та протоколі патологоанатомічної конференції.

До грубих недоліків лікувально-діагностичного процесу відносяться:

- випадки розбіжності клінічного та патологоанатомічного діагнозів по основному захворюванню (неправильно визначена нозологічна форма захворювання; неправильно вказана локалізація процесу; неправильно встановлена етіологія захворювання; не розпізнане основне захворювання тощо);
- нерозпізнання або гіпердіагностування ускладнення чи супутніх захворювань.

При цьому оцінюється та враховується також своєчасність діагностики, повнота досліджень хворого, обґрунтованість проведеної терапії, правильність діагностики смертельного ускладнення тощо.

У разі виявлення грубих недоліків в лікувально-діагностичній роботі начальник патологоанатомічного бюро (завідувач патологоанатомічного відділення) зобов'язаний доповісти про них головному лікарю ЛПЗ. Матеріали клініко-анатомічного аналізу передаються на розгляд ЛКК.

Лікувально-контрольна комісія — комісія, що призначається для всебічного та кваліфікованого з'ясування обставин та особливостей перебігу захворювання, безпосередньо причин та механізму настання смерті, недоліків надання медичної допомоги хворим, які померли в даному лікувальному закладі, а також в поліклініці, вдома, в районі, що обслуговується цим закладом. Відповідальним за організацію та стан роботи комісії є головний лікар ЛПЗ, щорічним наказом якого визначається склад комісії. Головою комісії, як правило, призначається заступник головного лікаря з медичної частини, постійними членами – головні медичні спеціалісти, завідувачі відділеннями, завідувачий патологоанатомічним відділенням та один з ординаторів-клініцистів, як секретар.

Останній склад комісії встановлюється в оперативному порядку в залежності від характеру захворювання у померлого при неодмінній участі патологоанатома чи лікаря, що проводив розтин. Лікарі, що брали участь в лікуванні померлого пацієнта, членами комісії не призначаються.

Голова комісії зобов'язаний вивчити всю необхідну документацію, що стосується даного випадку смерті (історію хвороби, виписку з протоколу патологоанатомічного дослідження померлого та інші матеріали), та призначити рецензента з найбільш кваліфікованих лікарів ЛПЗ. При необхідності запитуються матеріали з інших лікувальних закладів, де раніше лікувався хворий. На засіданні комісії, яке повинно відбутися не пізніше 15 діб після смерті пацієнта, заслуховуються доповіді лікуючого лікаря, патологоанатома та рецензента.

Рецензент доповідає та представляє комісії письмовий висновок про своєчасність госпіталізації пацієнта, повноту його обстеження, правильність

лікування на до-госпітальному етапі та в госпітальний період. Порівнюючи клінічні та патологоанатомічні дані, рецензент встановлює конкретні причини допущених помилок, пропонує заходи до їхнього попередження в майбутньому. У випадках розходження думок патологоанатома та лікуючого лікаря рецензент обґрунтовує одну з них чи пропонує свою, використовуючи для цього дані наукової літератури. Він визначає залежність помилок лікуючого лікаря від всієї системи організації лікувально-діагностичної роботи в ЛПЗ.

У разі виявлення комісією недоліків у наданні медичної допомоги в акті, що складається після перевірки та підписується всім складом комісії, в обов'язковому порядку повинні вказати: суть та характер недоліків; де допущені недоліки; прізвища лікарів, що допустили недоліки; якою мірою недоліки медичної допомоги зумовили смертельний наслідок; конкретні практичні рекомендації комісії по усуненню та попередженню виявлених недоліків.

У випадках розходження думок членів комісії призначається повторний розгляд смертельного наслідку комісією з участю обласних або міських головних спеціалістів.

Для підвищення кваліфікації лікарів ЛПЗ та якості клінічної діагностики і лікування, всі випадки розбіжностей клінічного та патологоанатомічного діагнозів, дефекти надання медичної допомоги тощо, повинні обговорюватися з виявленням їх причин на клініко-патологоанатомічних конференціях у ЛПЗ, що передбачено Положенням про порядок організації та проведення клініко-патологоанатомічних конференцій у лікувально-профілактичних закладах. За результатами конференції головні лікарі ЛПЗ, керівники органів охорони здоров'я зобов'язані вживати необхідних заходів до усунення виявлених недоліків, поліпшення організації та якості надання медичної допомоги пацієнтам.

До повноважень ЛКК, що існують при управліннях охорони здоров'я обласних та міських держадміністрацій, крім вищезазначених, входять:

- розгляд скарг пацієнтів чи їх родини на несумлінне лікування або порушення правил етики та деонтології;

- здійснення контролю та нагляду за якістю наданої лікувально-діагностичної допомоги у відповідному регіоні;
- прийняття мір та заходів до зниження відсотка професійних правопорушень медичних працівників тощо.

При виявленні грубих дефектів надання медичної допомоги ЛКК повинні передавати матеріали відомчого розслідування правоохоронним органам.

Відповідно до діючого законодавства у випадках смерті в ЛПЗ особи, яка померла внаслідок насильства (або при підозрі на нього), чи невстановленої особи проводиться судово-медичне дослідження тіла.

Стаття 75 КПК України регламентує призначення експертизи, коли для вирішення визначених питань необхідні спеціальні знання, а ст. 76 КПК – її обов'язковість для встановлення причин смерті, тяжкості та характеру тілесних ушкоджень. Пункт 1.11 Правил проведення судово-медичної експертизи (досліджень) трупів у бюро судово-медичної експертизи, що затверджені Наказом МОЗ України від 17 січня 1995 р., навіть зобов'язує припинити патологоанатомічне дослідження тіла, якщо в його ході були виявлені ознаки насильницької смерті. В цих випадках головний лікар письмово повідомляє правоохоронні органи, які призначають судово-медичну експертизу і забезпечують доставку померлого та медичної документації до судово-медичного бюро.

При виявленні розбіжностей між клінічним та судово-медичним діагнозом, а також при виявленні інших грубих дефектів надання медичної допомоги, судово-медичні експерти відображають це у своїх актах та направляють довідку-довідку керівникові ЛПЗ, у якому надавалася діагностично-лікувальна допомога.

Отже акти патологоанатомічних та судово-медичних розтинів тіл померлих є головним засобом виявлення грубих дефектів надання медичної допомоги й одним з механізмів проведення внутрішньовідомчого контролю за відповідністю, ефективністю та повнотою лікувально-діагностичної допомоги. На основі висновків патологоанатомів і судово-медичних експертів, аналізі медичних документів, існуючих стандартів та технологій, органи охорони

здоров'я повинні проводити відомче (службове) розслідування і у випадках наявності грубих дефектів передавати його матеріали до правоохоронних органів.

Стверджувати про доведену провину працівників охорони здоров'я та класифікувати їх діяння як злочини не представляється можливим, враховуючи принцип «презумпції невинності», гарантований ст. 62 Конституції України. Однак, не викликає сумніву той факт, що органи охорони здоров'я повинні були у всіх цих випадках передати на розгляд правоохоронних органів матеріали відомчого розслідування.

У зв'язку з тим, що у випадках поступлення до слідчих органів матеріалів про звинувачення працівників охорони здоров'я у неналежному виконанні професійних обов'язків, для вирішення питання про провину медиків обов'язково проводиться комісійна СМЕ.

Найчастіше, розбір недоліків медичної допомоги припиняється на рівні ЛКК медичного закладу, у якому надавалася лікувально-діагностична допомога. Матеріали клініко-анатомічного аналізу залишаються в архівах патологоанатомічних та судово-медичних бюро, не завжди про них відомо ЛКК при обласних або міських управліннях охороною здоров'я, які, у свою чергу, також ухиляються від передачі таких матеріалів до правоохоронних органів.

Вітчизняні дослідники механізмів державного управління обґрунтовано підкреслюють, що реальний механізм управління завжди конкретний, оскільки спрямований на досягнення конкретних цілей за допомогою впливу на конкретні фактори: елементи управління та їх зв'язки і формується кожен раз, коли приймається управлінське рішення за допомогою узгодження усіх елементів механізму управління.

Безкарність медичних працівників за допущені грубі дефекти надання лікувально-діагностичної допомоги не сприяє стану законності в галузі, породжує нові правопорушення та призводить до збою в узгодженні усіх елементів механізму державного управління системою охорони здоров'я і заважає досягненню головної цілі системи надання медичної допомоги – її якості.

Без належного внутрішньовідомчого контролю за якістю медичної допомоги та професійними правопорушеннями медичних працівників організаційний механізм державного управління охороною здоров'я, особливо в умовах реформування галузі, буде малоефективним.

Дані свідчать про наявні дефекти механізмів внутрішньовідомчого контролю за якістю лікувально-діагностичної допомоги та правопорушеннями медичних працівників, що мають за природою основних параметрів, як організаційно-адміністративний, так і комплексний характер.

Зовнішній контроль є контролем позавідомчим, що відбувається зі сторони виборних органів державної влади, спеціалізованих органів та громадськості за законністю в організаційно непередбачених їм об'єктах, який в основному стосується однієї зі сторін їх діяльності і здійснюється у формах:

- конституційного;
- парламентського;
- судового;
- фінансового;
- громадського;
- прокурорського нагляду².

При виконанні дисертаційного дослідження були розглянуті дві форми зовнішнього контролю за діяльністю ЛПЗ стосовно якості медичної допомоги, дотримання прав пацієнтів, медичних правопорушень – судовий контроль та прокурорський нагляд.

Тут слід відзначити, що «Основи законодавства України про охорону здоров'я» передбачають і громадський контроль у цій сфері, наприклад, через створення при органах та закладах охорони здоров'я громадських консультативних або наглядових рад, які сприятимуть їх діяльності та забезпечуватимуть інформованість населення, але у дійсності громадський контроль у галузі охорони здоров'я України є малоефективним.

² Нижник Н. Р., Машков О. А., Мосов С. П. Контроль у сфері державного управління // Вісн. УАДУ. – 1998. – №2. – С. 23–31.

У засобах масової інформації час від часу з'являються публікації про професійні правопорушення лікарів, грубі дефекти наданої лікувально-діагностичної допомоги, але належного реагування з боку органів охорони здоров'я такі статті не викликають.

Оскільки правоохоронна діяльність держави є однією з форм здійснення функції останньої, контрольна і наглядова діяльність щодо забезпечення законності у державному управлінні притаманна усім ланкам державного механізму³, але особлива роль тут відводиться правоохоронним органам.

Правоохоронні органи здійснюють контрольну функцію за діяльністю системи охорони здоров'я, приймаючи до розгляду, розглядаючи та виносячи рішення по матеріалам службового розслідування щодо грубих дефектів надання медичної допомоги, скаргам громадян на неправомірні дії чи бездіяльність органів охорони здоров'я та їх посадових або службових осіб, заяв пацієнтів про порушення їх прав, скарг пацієнтів (їх родини) на несумлінне виконання професійних обов'язків медичними працівниками тощо.

Тобто суб'єктами зовнішнього контролю за якістю медичної допомоги та професійними правопорушеннями виступають правоохоронні органи – слідчі прокуратур, прокурори та їх помічники і суди загальної юрисдикції, а об'єктами контролю є органи державного управління охорони здоров'я, посадові особи, керівники та окремі медичні працівники ЛПЗ, їх професійні якості, кваліфікація, стан законності у медичних закладах, дисципліна, якість наданої лікувально-діагностичної допомоги, права пацієнтів тощо.

Зміст зовнішнього контролю за якістю медичної допомоги та медичними правопорушеннями полягає в призначенні комісійної СМЕ, аналізі висновків експертів та іншої медичної документації; розгляді матеріалів службової перевірки, скарг пацієнтів; оцінці несприятливих результатів та дефектів надання медичної допомоги; класифікації правопорушень і прийнятті рішень щодо притягнення винних до кримінальної або цивільно-правової відповідальності (відшкодування майнової

³ Малиновський В. Я. Державне управління: Навч. посібник. — Луцьк: Вид-во "Вежа" Вол. Держ. ун-ту ім. Лесі Українки, 2000. — 558 с.

та моральної шкоди); винесенні постанови чи вироку по так званим «лікарським справам». Іноді слідчі, прокурори або судді направляють до органів ОЗ окремі визначення з пропозиціями про притягнення керівників (посадових осіб) медичного закладу, де виявлені грубі дефекти лікувально-діагностичної допомоги, до дисциплінарної відповідальності.

За етапом проведення зовнішній контроль за якістю медичної допомоги та правопорушеннями у сфері охорони здоров'я відноситься до підсумкового контролю.

Наведений аналіз свідчить про істотні недоліки механізмів до виконання професійних обов'язків, недосконалість і внутрішньовідомчого, і зовнішнього контролю за якістю медичної допомоги та правопорушеннями у системі охорони здоров'я.

Висновки. Контроль як внутрішньовідомчий, так і зовнішній, відіграє важливу роль у сфері охорони здоров'я. Вони дозволяють не тільки визначити недоліки в системі надання медичної допомоги і послуг, а також удосконалювати державне регулювання сферою охорони здоров'я.

Існує необхідність подальшого удосконалення внутрішньовідомчого і зовнішнього контролю з боку державних органів державної влади у сфері охорони здоров'я в напрямку підвищення ефективності діяльності медичних закладів та медичних співробітників.

Література.

1. Державне управління в Україні: наукові, правові, кадрові та організаційні засади: Навч. посібник / За заг. ред. Н. Р. Нижник, В. М. Олуйка. – Львів: Вид-во Нац. ун-ту «Львівська політехніка», 2002. – 352 с.
2. Нижник Н. Р., Машков О. А., Мосов С. П. Контроль у сфері державного управління // Вісн. УАДУ. – 1998. – №2. – С. 23–31.
3. Малиновський В. Я. Державне управління: Навч. посібник. — Луцьк: Вид-во «Вежа» Вол. Держ. ун-ту ім. Лесі Українки, 2000. – 558 с.